TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Pathogénie et traitement du glaucome,

Par le Dr ZIMMERMANN (de Stuttgart) (1).

A part l'ophtalmie sympathique, il n'est pas d'affection qui ait donné naissance à tant de recherches scientifiques QUE LE GLAUCOME.

De toutes les théories aujourd'hui échafaudées sur le glaucome, aucune ne suffit à expliquer A ELLE SEULE toutes les formes si multiples de cette intéressante maladie et aucune ne peut résister à toutes les critiques.

A mon avis, *on peut trouver la cause du glaucome dans un trouble de l'équilibre qui doit exister entre la pression sanguine et le tonus oculaire.*

Ainsi, par exemple, admettons que le tonus oculaire est égal à vingt-huit millimètres de mercure, ce qui serait approximativement la pression sanguine de l'artère centrale de la rétine.

Sous l'influence d'un choc physique ou moral, la pression sanguine peut se trouver brusquement abaissée, tandis que le tonus oculaire reste le même.

Le sang aura donc de la peine à forcer la pression intra-oculaire pour pénétrer dans l'artère centrale. (On observe alors au coude qu'elle fait à son entrée dans l'œil le pouls artériel bien connu du glaucome.)

Il en résulte une diminution de l'apport sanguin entraînant à sa suite une nutrition défectueuse et un œdème qui ne fait qu'augmenter encore le tonus oculaire.

Cette hypertonie distend la paroi sclérale et comprime les veines ciliaires longues et même les oblitère ; il en résulte une stase veineuse et un œdème du corps ciliaire, de l'iris et de la choroïde.

Et alors se développent les symptômes qui servent de bases à toutes nos théories modernes (dureté du globe oculaire, protusion à la fois active et passive des procès ciliaires tuméfiés, accolement (?) de l'iris à la cornée et occlusion plus ou moins complète de l'angle irido-cornéen).

Ainsi se trouvent mises d'accord les différentes théories de rétention et d'hypersécrétion.

Nous avons là le prototype de l'attaque du glaucome et nous pouvons, suivant les circonstances, expliquer par l'abaissement subit de la pression artérielle toutes les formes du glaucome depuis le glaucome suraigu (?), jusqu'au glaucome chronique simple.

Il n'est pas jusqu'à la forme d'atrophie papillaire avec excavation sans hypertension, qui ne soit explicable par cette théorie du manque d'équilibre entre la pression artérielle et celle du globe oculaire. *En effet, le tonus de l'œil peut être normal* et se trouver néanmoins plus élevé que la tension artérielle, par exemple dans la dégénérescence graisseuse chronique du myocarde et dans tous les cas de faiblesse congénitale du cœur : en un mot toutes les fois que la tension artérielle est abaissée d'une façon durable et continue.

L'excavation de la papille s'explique ainsi avec grande facilité et nous pouvons dire que la différence de tension entre le globe et les vaisseaux peut donner l'explication même de l'excavation dite physiologique.

Thérapeutiquement, les déductions à tirer de cette conception, à la fois nouvelle dans ses détails et ancienne dans ses grands traits, sont aussi importantes que nombreuses.

CONCLUSIONS.

Le glaucome prodromique ne constitue pas une maladie intrinsèque de l'œil, mais plutôt le symptôme d'un trouble organique général, caractérisé par un abaissement de la tension sanguine.

Dans l'intervalle des attaques, l'œil reste sain il n'y a là aucun processus inflammatoire, mais purement une action mécanique.

— Le glaucome ne devient réellement une maladie de l'œil que lorsque les différentes attaques ont laissé après elles des altérations durables. (Effacement de l'angle irido-cornéen rétrécissement du champ visuel, excavation papillaire, etc.)

(1) Communic. faite à la Soc. Française d'Ophtalm.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

Quant au glaucome secondaire (glaucome par atropine, par occlusion pupillaire, après discision du cristallin, etc.), il s'explique par une élévation primaire du tonus oculaire, alors que la tension artérielle reste la même ; c'est donc toujours une différence de pression entre le tonus oculaire et celui des vaisseaux.

Thérapeutiquement :

Jusqu'ici, on avait cherché à guérir le glaucome en diminuant le tonus oculaire, qui n'est que le symptôme, sans s'occuper de sa cause même (myotiques, iridectomies, etc.).

Ne serait-il pas plus naturel de chercher un remède à ce mal en élevant la pression sanguine par les moyens que mets à notre disposition l'arsenal thérapeutique.

J'ai fait usage des différents cardiaques.

La *digitale* amène parfois une petite dilatation de la pupille, je l'ai abandonnée ; elle a aussi d'autres inconvénients qui en contre-indiquent l'usage prolongé.

Le *strophantus* m'a donné au contraire des résultats remarquables, il n'agit que sur le cœur, et non sur le cœur et les vaisseaux, son emploi peut être prolongé indéfiniment sans aucun inconvénient à la dose de huitg outtes de teinture quatre fois par jour.

L'*adonis vernalis* m'a donné aussi de bons résultats.

J'ai déjà soigné par ce moyen, sans le secours des myotiques ni de l'iridectomie, environ quarante cas de glaucome de différentes natures, à l'exception de glaucome suraigu. Et jusqu'ici, depuis quinze mois, je n'ai eu qu'une fois à pratiquer l'iridectomie, qui néanmoins comportera toujours des indications particulières qui sont : une maladie chronique du cœur ou des vaisseaux, contre laquelle le strophantus n'aurait qu'un effet passager.

Mais je ne puis vous donner ici tous les détails nécessaires aux différentes indications thérapeutiques. Vous les trouverez longuement exposés ainsi que la discussion détaillée de toutes les propositions que j'ai établies plus haut dans une monographie qui va paraître dans quelques jours.

Je vous demande seulement de prendre en considération les idées que je viens de vous communiquer et de me faire part des observations cliniques que vous auriez pu recueillir sur ce sujet.

Je serais très heureux de donner à ceux de vous qui le désireraient toutes les explications nécessaires.

II

Névrite rétrobulbaire dans un cas d'anchylostomiasie.

Par le Dr Mitsiasu Inouye (Japon).

On connaît depuis longtemps l'anémie de la rétine causée par l'anchylostome duodénal. Fischer, lors du 22e Congrès d'ophtalmologie de Heidelberg, signala pour la première fois des hémorrhagies de la rétine causées par ce parasite.

Rampoldi et Wieden ont vérifié le fait plus tard.

Je n'ai pas trouvé, dans la littérature moderne à ma disposition, de cas de névrite rétrobulbaire causée par l'anchylostome duodénal siégeant dans l'intestin.

C'est pourquoi je rapporte le cas suivant,

Un paysan de 44 ans vient me consulter le 26 décembre 1901, pour des troubles de la vision qui avaient débuté en octobre de la même année et augmentaient progressivement. Son état général est moins bon et il souffre de l'estomac depuis 4 ans ; en outre, il a des battements de cœur chaque fois qu'il se livre à un travail fatigant. Pas de spécificité.

L'acuité visuelle de l'œil droit = 6/24 et celle de l'œil gauche = 6/18 ; les verres n'améliorent pas la vision.

A la skiascopie, on note à gauche une myopie de 1. D, l'œil droit est emmétrope. Les deux papilles ont une coloration normale, à peine perçoit-on une légère décoloration qui n'est même pas en rapport avec l'âge du patient. Le calibre et la coloration des vaisseaux de la rétine ne présentent aucune particularité. On ne remarque ni hémorragie, ni altération du fond de l'œil. Les limites extérieures du champ visuel pour le blanc et les couleurs sont normales. En recherchant à plusieurs reprises avec un petit objet vert je ne puis découvrir de scotome central. Sens lumineux normal.

Il n'y a ni ganglions, ni traces de syphilis. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. N'ayant pas trouvé de diminution spéciale de l'acuité visuelle centrale, mais étant donné la diminution uniforme de l'acuité visuelle

répartie dans toute l'étendue du champ visuel et le résultat négatif de l'examen ophtalmoscopique, je portai le diagnostic de névrite rétrobulbaire double, et prescrivais 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

Le 28 du même mois, l'acuité visuelle remontait à 6/12 pour l'œil droit et à 6/8 pour l'œil gauche. Pendant les 18 jours suivants, l'acuité visuelle ne se modifia pas et tandis que je m'ingéniais à trouver une cause à cette affection, mon attention s'arrêtait sur l'anémie de mon patient, anémie dont il ne sut m'indiquer le début.

En examinant les selles du malade, je trouvai une grande quantité d'œufs d'anchylostome. J'abandonnai l'iodure de potassium et prescrivis 3 gr de thymol par jour les 14, 16, 18, 21, 23, 25 et 27 février. Pendant ce traitement abortif, je ne donnai aucun fortifiant, hormis deux œufs par jour. L'acuité visuelle était examinée tous les jours à partir de la première prise de thymol.

Le 17 V. OD = $\frac{6}{8}$ V. OG = $\frac{6}{8}$

Le 19 V. » = $\frac{6}{8}$ V. » = $\frac{6}{6}$

Le 22 V. » id.

Le 24 V. ODG = $\frac{6}{6}$

Le 18, la coloration des ongles des doigts était plus rouge, et les papilles reprenaient leur coloration. La quantité de thymol absorbée avait été de 21 gr., et les vers rendus se répartissaient de la manière suivante :

Jours	Ankylostomes	Oxyures
14		
15	0	0
16	1	2
17	9	40
18	0	0
19	1	0
20	0	0
21	0	2
22	0	1
23	0	1
24	0	1
25	1	0
26	pas de selle.	
27	0	1

Si maintenant je résume les faits que je viens de signaler, il se trouve que l'acuité visuelle a été notablement améliorée pendant quatre jours de l'emploi de l'iodure de potassium ; puis pendant 17 jours, malgré l'emploi du médicament, elle ne s'est plus modifiée. Elle s'améliore de nouveau trois jours après l'emploi de l'anthelminthique pour devenir normale après 10 jours du traitement. M'appuyant sur ces faits, je me crois autorisé à attribuer l'affection que je viens de décrire à l'action de ces parasites de l'intestin, et en particulier à l'anchylostome, car on sait que les oxyures sont en général peu dangereux. Quelles sont les relations étiologiques entre l'affection parasitaire et l'affection oculaire ?

S'agit-il d'une anémie déterminée par des pertes de sang ou des troubles digestifs ? s'agit-il de troubles circulatoires réflexes causés par l'irritation de l'intestin ? s'agit-il de toxines produites par les parasites ? C'est là une question que je ne veux pas trancher ici. Le fait que l'iodure de potassium a influencé heureusement l'acuité visuelle semblerait en faveur d'une action toxique.

F. A.

III

La Dionine comme antiseptique.

par le docteur E. Wingenroth (Mannheim, Bade).

Dans la revue thérapeutique de *La Clinique Ophtalmologique* 1902, n° 9, le docteur Darier dit que l'inondation lymphatique et le flux abondant de larmes provoqués par la dionine peuvent expliquer l'action antiseptique manifeste de ce produit.

Dans ces derniers jours, j'ai eu l'occasion, par hasard, d'observer l'action antiseptique frappante de la dionine.

Chez un bébé de quinze jours, se présenta une blennorrhée conjonctivale assez considérable. L'accoucheur me consulta et je prescrivis pour le premier jour des lavages fréquents avec une solution glacée de sublimé 1 pour 5000 et des instillations d'une solution de protargol 5 pour cent toutes les deux heures.

Les paupières étaient bien tuméfiées, les conjonctives très rougies, et il y eut une sécrétion purulente très abondante et des petites pseudo-membranes.

L'examen microscopique montra des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques, et des diplobacilles (soit le diplobacillus de Morax ou le septatus de Gelpke mais pas des gonocoques.)

Dans les jours suivants, se montra une cer-

taine amélioration, mais toujours il y eut une une sécrétion assez abondante.

Au sixième jour, la guérison ne faisant point de progrès, j'ordonnai six instillations par jour de la formule suivante :

Cyanure d'hydrarg.	0,01
Dionine.....	0,20
Eau distillée.....	10,00

Alors le jour suivant déjà, se montra une amélioration remarquable de toutes les manifestations de la maladie. Trois jours après, les deux yeux étaient guéris.

Dans ses « Leçons de thérapeutique oculaire », *Darier* dit que l'afflux considérable, de larmes et de lymphe provoqué par l'application locale de la dionine, produit un lavage, une détersion énergique, non seulement à la surface de la muqueuse, mais aussi dans la profondeur des tissus ; qu'il en résulte une élimination rapide des éléments infectieux et des toxines en même temps qu'un afflux puissant d'éléments nutritifs provoquant une rénovation des tissus et des liquides ».

En outre, le même auteur explique qu'on provoque ainsi une révulsion des plus favorables, après laquelle l'application des topiques a une action plus rapide et plus marquée.

Voilà le mystère de la guérison subite d'une grave conjonctivite purulente après cessation de l'amélioration.

J'emploie personnellement la dionine, ce moyen précieux, déjà depuis le temps, où j'ai eu le plaisir de fréquenter à la clinique du docteur *A. Darier*, en 1900. Dans tous les cas où *Darier* a recommandé son emploi, j'ai pu confirmer ses indications sur son action dans les différentes maladies des yeux. J'ai introduit l'emploi de la dionine dans la clinique du docteur Gelpke à Karlsruhe, qui a bien voulu confirmer ses qualités remarquables.

Je me réserve de publier *in extenso* mes expériences sur la dionine, faites dans la clinique de Karlsruhe et dans la clinique ophtalmologique à Mannheim.

Aujourd'hui, je cite seulement le cas ci-dessus, qui indique assez bien la dionine comme antiseptique et comme adjuvant des topiques oculaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Mai 1902 (suite).

Dr Zimmermann (de Stuttgart). — **Pathogénie et traitement du glaucome.** (Publié plus haut *in extenso*.)

Dr Darier. — J'ai suivi avec un vif intérêt les travaux de mon ami le Dr Zimmermann sur le glaucome. Les conceptions pathogéniques qu'il vient de nous exposer lui sont venues à la suite de nos discussions de l'an dernier sur le glaucome ; elles sont longuement étudiées dans une monographie de 200 pages qui n'eût pas été à sa place ici, mais dont j'ai pu prendre connaissance.

Je tiens à vous citer seulement trois observations sur les 40 recueillies par l'auteur ; elles vous donneront une idée de l'importance pratique que peut présenter le travail de notre confrère de Stuttgart.

Partant de cette idée que le glaucome a pour cause un déséquilibre de la tension intra-vasculaire subitement et anormalement abaissée et la tension intra-oculaire, qui reste presque invariable, M. Zimmermann, pour égaliser les deux tensions, a pensé que, dans bien des cas, au lieu de diminuer le tonus oculaire par une iridectomie, il pouvait être préférable d'élever la tension artérielle par les cardiosthéniques comme le *strophantus* ou l'*adonis vernalis*. L'expérience lui aurait en maintes circonstances donné raison.

Chez un homme de 57 ans, opéré d'un œil par iridectomie pour un glaucome inflammatoire subaigu avec bon résultat, il se produisit, au bout de 18 mois, un glaucome subaigu, de l'autre œil avec crises journalières et diminution de la vision à 4/50. Avant d'en venir à l'iridectomie sur cet œil, le Dr Z. essaya d'abord d'enrayer les crises journalières par le strophantus. Ces crises, qui duraient en général quelques heures, disparaissaient après l'ingestion de 10 à 12 gouttes de teinture de strophantus, si bien que le malade fut bientôt à même de supprimer complètement ses attaques de glaucome pour ainsi dire au gré de sa volonté.

Après quelques mois, les crises disparurent complètement et depuis 4 mois le malade ne prend plus de strophantus et T = + 1/2.

2° M., 43 ans, a perdu l'œil droit par glaucome chronique simple malgré une iridectomie pratiquée en 1890, tension toujours élevée + 2.

Depuis 1895, glaucome prodromique de l'œil gauche traité par la pilocarpine 1 à 2 % : malgré ce traitement, la vision baisse et le champ visuel diminue progressivement du côté nasal jusqu'à 25°.

Depuis un an, le strophantus a été employé avec succès : la tension est normale, il n'y a plus d'auréoles autour des lumières. Dès que le malade sent venir une attaque de glaucome il prend une dose de strophantus. Depuis 6 mois, il n'a plus eu aucune véritable attaque de glaucome.

3° M.., 23 ans, opéré de myopie par discision puis extraction du cristallin, complications glaucomateuses avec élévation de tension jusqu'à T + 2. et cela à plusieurs reprises et chaque fois guerison par la teinture de strophantus.

4° Chez un malade atteint de *glaucome malin* ayant évolué jusqu'à la cécité malgré l'iridectomie, l'autre œil fut conservé sans opération par l'emploi continu de la teinture de strophantus.

Je ne puis citer les autres cas relatés par notre confrère; je veux seulement ajouter que j'ai en ce moment 3 cas en observation à ma clinique que je traite par le strophantus. J'ai observé un abaissement manifeste de la tension intra-oculaire dans tous les cas, mais dans un seulement j'ai pu supprimer complètement la pilocarpine. Dans le deuxième, j'ai pu la suspendre assez longtemps, tandis que le troisième avait de nouveau des auréoles dès qu'il suspendait l'emploi de la pilocarpine malgré un abaissement marqué de la tension intra-oculaire.

Ne connaissant pas la posologie exacte de la teinture de strophantus de la pharmacopée allemande et sachant par expérience combien irrégulières sont les teintures de nos pharmaciens de Paris, j'ai préféré me servir d'un produit qui s'est acquis une légitime notoriété dans le monde médical et j'ai prescrit à tous mes glaucomateux les granules de strophantus Catillon à la dose de 2 à 6 par jour en en surveillant l'effet sur le pouls qui devient ferme et un peu plus lent.

Cette thérapeutique du glaucome ne prétend pas remplacer l'iridectomie, mais elle peut rendre de réels services dans bien des circonstances où l'opération n'est pas indiquée ou doit être différée.

Cosse (Tours). — **Opérations de Motais dans un cas de ptosis d'origine opératoire.**

L'observation lue par M. Cosse se rapporte à un cas de ptosis dans lequel les procédés opératoires basés sur la suppléance de l'orbiculaire par le frontal étaient rendus d'une exécution particulièrement difficile par suite des désordres qu'une intervention antérieure avait entraînés dans les rapports anatomiques de la région.

Il s'agit, en effet, d'un enfant chez lequel un ptosis considérable s'était manifesté à la suite d'une intervention portant au niveau de l'arcade sourcilière. Le décollement difficultueux d'une cicatrice étendue et très adhérente au squelette sous-jacent qu'il aurait fallu pratiquer ainsi que l'obligation d'opérer dans un tissu cicatriciel peu vivace ont fait abandonner à M. Cosse les procédés visant la création de brides cicatricielles sous-cutanées entre le tarse et le frontal ou ceux recherchant l'inoculation directe de la paupière avec le muscle orbito-frontal.

C'est ainsi que M. Cosse a été amené à mettre en œuvre la méthode basée sur la synergie d'action du muscle droit supérieur et du releveur de la paupière ; et c'est au procédé de Motais, le premier en date, auquel il s'est adressé.

C'est la première fois que cette méthode a été mise en œuvre dans des cas de ptosis d'origine opératoire et l'excellence du résultat obtenu établit une nouvelle indication de son application.

Pour M. Cosse, l'opération de Motais n'est pas d'une exécution plus difficile qu'un avancement musculaire ordinaire, et il n'a eu à constater aucun des inconvénients qui lui ont été reprochés.

De la correction totale de la myopie.

M. Chevallereau nie complètement l'influence de l'accommodation sur la progression et les complications de la myopie. Les myopes n'accommodent pas parce que, ayant des yeux conformés pour voir nettement et sans aucun effort à une petite distance, ils

n'ont aucune raison de se livrer à des contractions sans avantage et sans but. Il n'y a pas d'exemples dans la nature d'efforts spontanés faits sans aucun but déterminé et alors que le résultat ne peut être que nuisible à l'organisme. L'absence d'accommodation entraîne la dilatation pupillaire habituelle des myopes, leur tendance au strabisme divergent, l'atrophie des fibres circulaires du muscle ciliaire. C'est parce qu'ils n'accommodent pas que les myopes peuvent appliquer pendant très longtemps leurs yeux sans ressentir la moindre fatigue, Les auteurs qui ont cru aux méfaits de l'accommodation chez les myopes se sont d'ailleurs bornés à cette affirmation sans apporter aucune preuve à l'appui.

La cause de la progression et des complications de la myopie, c'est la convergence. Il faut, quand on voit des myopes jeunes, au début de l'évolution de leur myopie, leur faire porter des verres corrigeant toute la myopie et les assimiler autant que possible à des emmétropes. Ces verres devront être portés en toutes circonstances pour permettre aux myopes d'accommoder comme des emmétropes. Si même on a laissé passer inaperçu un certain degré de myopie purement spasmodique, s'il y a surcorrection, il n'y aura guère d'inconvénients ; les malades seront comparables à des hypermétropes, chez lesquels les efforts d'accommodation amènent de l'asthénopie accommodative, mais sans qu'il en résulte jamais aucune lésion ophtalmoscopique. Il y a d'ailleurs des faits, assez nombreux, dans lesquels les malades ont porté pendant longtemps des verres concaves trop forts sans qu'il en soit jamais résulté le moindre accident.

L'auteur a relevé toutes les observations de myopie forte supérieure à 10 dioptries, ou accompagnée de complications graves, qui se sont présentées à lui pendant une certaine période et il a constaté que tous ces malades ou bien n'avaient jamais porté de verres, ou bien ne portaient que rarement des verres beaucoup trop faibles. L'absence de correction, ou une correction incomplète se trouve donc à la base de tous les cas de myopie forte ou compliquée de quelque lésion grave. Inversement, l'auteur rapporte des observations de malades pris très jeunes, à l'âge où la myopie progresse toujours et qui ont dû à la correction totale de cette myopie de la voir rester stationnaire depuis de longues années. C'est d'ailleurs surtout pour la vision de près qu'il importe de porter des verres. D'une façon générale, la correction totale et permanente est indispensables pour empêcher la progression et les complications de la myopie.

JACQUEAU (Lyon). — **Les amblyopies d'origine hépatique.** (Publié *in extenso* dans le n° 11.)

DOMEC (Dijon). — **Du moulage de la cavité orbitaire au moyen de la paraffine en vue de la prothèse oculaire.**

Ce travail est le complément de celui qui a été publié par l'auteur dans ce journal (n° 22, 1901) M. Domec donne d'autres détails sur la technique du moulage et présente des moules de paraffine obtenus par son procédé. Ces moulages seront d'une grande utilité aux ocularistes qui pourront ainsi fabriquer leurs pièces sur mesure.

BADAL (Bordeaux). — **Autoplastie palpébro-palpébrale et conjonctivo-conjonctivale par pont transbordé.**

Il s'agit d'une nouvelle méthode d'autoplastie dans laquelle on utilise un lambeau cutané pris sur l'une des deux paupières pour le transporter à l'autre paupière.

Ce procédé est indiqué dans les cas où il existe une perte de substance au niveau du bord palpébral. Il a été utilisé pour la paupière inférieure.

Après avoir pratiqué la blépharorrhaphie, on prend un lambeau allongé au niveau de la peau siégeant au-dessus du tarse supérieur et allant d'une commissure à l'autre.

Cette bandelette cutanée, plus large au centre qu'à ses deux extrémités, adhère toujours dans le voisinage des commissures. On la *transborde* au-dessous de la fente palpébrale et on la suture au niveau de la bordure de la paupière inférieure.

Le lambeau est pris à l'endroit de la paupière supérieure où siège le sillon caché par les mouvements d'élévation de la paupière : de sorte que la cicatrice est en totalité masquée.

Les extrémités des incisions limitant le lambeau étant dans le voisinage des commissures et dessinant des courbes convenablement orientées, il s'ensuit qu'il n'y a pas de torsion des pédicules. Il s'agit donc d'une mé-

thode de blépharoplastie palpébro-palpébrale à double pédicule.

Ce procédé diffère de celui employé jadis par M. Landolt, en ce que ce dernier opérateur laissait libres les deux extrémités du lambeau emprunté à la paupière supérieure, ce qui nécessitait une opération ultérieure pour réséquer ces deux extrémités et les adapter aux deux coins de la plaie.

Il n'a rien de commun non plus avec le procédé décrit plus récemment par Panas et Dupuy-Dutemps, son élève, qui consiste à prendre un lambeau à un seul pédicule sur l'une des paupières pour le transporter à l'autre.

M. Badal a appliqué cette méthode à la conjonctive bulbaire pour un symblépharon et a réalisé un procédé qui diffère de celui de Teale, en ce sens que son mode d'incision du lambeau conjonctival évite complètement la torsion du double pédicule.

M. DE WECKER. — Il est plus simple de greffer un lambeau cutané libre pris sur une autre partie du corps. On évite ainsi les cicatrices disgracieuses du visage dues à l'emprunt du lambeau pédiculé. Le pansement doit être fait avec grand soin pour éviter de détacher le lambeau. Pour cela je le recouvre d'une épaisse couche de vaseline et au besoin les deux yeux sont maintenus fermés.

M. VALUDE. — La vaseline recommandée par M. de Wecker peut ne pas être sans danger. Il est important surtout de ne pas renouveler trop souvent le pansement.

M. CHEVALLEREAU. — Les greffes dermo-épidermiques ne peuvent pas être assimilées aux lambeaux pédiculés. Elles se résorbent en grande partie. D'ailleurs les plaies laissées par ces lambeaux ne laissent souvent qu'une cicatrice linéaire peu importante.

M. JOCQS. — Dans les blépharoplasties, il faut distinguer les cas. Quand il s'agit seulement de combler une surface de dégagement, comme dans l'opération de l'ectropion cicatriciel avec blépharorraphie, les greffes dermo-épidermiques, malgré leur résorption partielle, peuvent être excellentes; mais lorsque l'on a à refaire un bord palpébral, comme dans les cas de destruction par épithélioma d'une partie de la paupière y compris le bord libre, la blépharoplastie par lambeau pédiculé en général, et, en particulier, par le procédé de M. Badal, est tout à fait nécessaire.

M. BOURGEOIS. — Le meilleur pansement pour maintenir les greffes de Thiersch consiste dans l'application d'une feuille d'étain stérilisée qu'on peut laisser en place cinq ou six jours.

M. DARIER. — Il y a quatre ou cinq ans, j'ai pratiqué l'opération dont vient de nous parler M. Badal et, sans penser avoir fait du nouveau, j'ai obtenu un résultat très satisfaisant.

AUBINEAU (Brest). — **Iridectomie préalable dans l'opération de la cataracte sénile.** (Sera publié *in extenso*.)

Prennent part à la discussion : MM. Dianoux, de Wecker, Badal, Vignes, Pechdo. L'avis général est que l'*extraction espacée*, comme propose de l'appeler M. de Wecker, doit être réservée à certains cas spéciaux où l'on veut s'entourer du maximum de garanties, mais qu'elle ne peut pas toujours être mise en pratique.

PICOT et AUBARET (Bordeaux). — **Des amputations partielles du globe oculaire. Nouveaux procédés pour la résection du segment antérieur.**

Nous avons eu l'idée, il y a bientôt un an, de renforcer la suture conjonctivale après la résection du segment antérieur par une suture musculaire. Nous avons dénommé cette méthode : « méthode à capitonnage musculaire. » C'est tout d'abord pour la faire connaître et ensuite pour en discuter certains détails que nous avons cru bon d'y revenir en apportant quelques faits nouveaux.

I. On peut se demander s'il est anatomiquement possible de suturer les muscles au devant du globe sans déterminer une compression considérable de l'œil ou une élongation exagérée des muscles.

La ligne d'insertion musculaire étant distante de 8 mm. en moyenne du limbe cornéen, et la circonférence de ce derme ayant environ 6 mm. de diamètre, chacun des muscles se trouve donc distant de 14 mm. du centre de la circonférence du limbe et à 28 mm. de son antagoniste.

Ces faits anatomiques ne sont qu'une objection apparente.

L'affrontement musculaire est possible par suite de certaines conditions chirurgicales qui se réalisent spontanément :

a) Possibilité de rapprocher les lèvres de la section sclératicale sous la traction des muscles et de la conjonctive.

b) Expulsion spontanée ou provoquée et parfois expulsion d'une petite quantité de vitré.

c) Siège en arrière du limbe de la section du segment antérieur. La membrane fibreuse externe du globe de l'œil se glisse et favorise la suture musculaire.

II. La section du segment antérieur devra porter tout au moins au limbe. C'est ce que démontre une observation dans laquelle la section d'un staphylome avait porté en avant du limbe. On avait laissé une bordure mince de cornée à la périphérie. Il persista des douleurs longtemps après l'intervention dues à la compression de la zone ciliaire ; de plus la suture céda partiellement. L'incision portera donc en arrière du limbe ou tout au moins à son niveau.

Maintenant jusqu'à quelle limite pourra-t-elle être considérée dans la zone du segment antérieur ?

Cette limite est naturellement indiquée par la ligne d'insertion musculaire. Cette ligne d'insertion de la musculature intrinsèque du globe correspond exactement à l'ora serrata, c'est-à-dire au point où se développe la musculature intrinsèque pour constituer le muscle ciliaire.

L'amputation du segment sera donc totale, lorsque la section passera au niveau de la ligne d'insertion tendineuse et en arrière de la région ciliaire.

III. On doit se demander si la suture musculaire constitue un renforcement suffisant de la suture conjonctivale. La disposition anatomique des muscles permet de se rendre compte qu'ils envoient des expansions latérales les uns aux autres. Ces expansions établissent une certaine synergie entre les divers muscles. Elles ont avec la capsule de Tenon les mêmes rapports que les tendons. On peut donc les considérer comme représentant la couche musculaire dans les intervalles inter tendineux. Il s'ensuit que dans la suture musculaire on met au devant du vitré une véritable nappe musculo-aponévrotique offrant des points résistants et des points faibles, mais, fait essentiel, parfaitement continus. Dans nos premières observations, les muscles étaient suturés deux à deux et, munis de leurs expansions, ils constituaient un obstacle infranchissable au vitré. M. Lagrange a modifié ce temps important de la technique opératoire, en suturant les muscles après avoir refermé tout d'abord la conjonctive. Malgré qu'il nous paraisse difficile de juger du degré d'affrontement musculaire sous la conjonctive et d'exécuter ainsi une suture sans y voir et pour ainsi dire au jugé, nous devons dire que ce manuel opératoire répond à une indication capitale : celle de mettre au devant du globe oculaire un obstacle infranchissable immédiat. M. le Pr Badal a réalisé cette indication d'une façon qui nous paraît préférable. Il faufile la conjonctive et les muscles dans un même double fil : c'est ce qu'il a fait dans nos derniers cas observés et qui a pleinement réussi.

C'est là un procédé rapide et sûr de réaliser le capitonnage musculaire.

Cependant, il ne reste plus qu'un seul plan de sutures. Nous croyons pour notre part qu'il vaut mieux conserver les deux plans de suture. Pour exécuter rapidement la suture du plan musculo-aponévrotique, il n'y a qu'à utiliser le procédé en bourse ou en blague à tabac que l'on emploie ordinairement pour la conjonctive. De cette façon, on ramène simultanément les divers muscles et leurs expansions aponévrotiques au devant du corps vitré aussitôt et immédiatement après la section du segment antérieur.

PÉCHIN (Paris). **Un cas d'ophtalmoplégie congénitale.**

Ophtalmoplégie externe, bilatérale, totale, incomplète (ptosis incomplet) chez un jeune homme de 20 ans. Mouvements oculaires nuls. Réflexes lumineux et accommodateurs existent. Accommodation normale pour l'âge du malade. Pas de nystagmus. Pas de mouvement associés. Pas de diplopie. Pas d'exophtalmie. Champ visuel normal pour le blanc et les couleurs. Myopie O DG : C D ; V = I. Deux légers croissants myopiques.

Développement physique très ordinaire, apparence plutôt chétive. Pas de malformations. Intelligence moyenne. Gagne sa vie comme menuisier, mais il est très gêné dans l'exercice de son métier, parce qu'il est obligé de tourner la tête en tous sens et constamment pour suppléer à la mobilité des yeux. Père et mère vivants, bien portants. Il est le deuxième

enfant sur quatre. Deux frères morts-nés à la suite d'accouchements laborieux, mais des renseignements exacts manquent sur ces accidents dystociques. La 4e enfant mourut du croup à 3 ans.

Rien à relever dans les antécédents personnels, si ce n'est une rougeole dans le bas âge. L'ophtalmoplégie a été remarquée seulement à l'âge de 15 ans, grâce à la difficulté qu'elle apportait dans l'apprentissage de la menuiserie commencé à cette époque.

Le facial est intéressé. Parésie manifeste dans les divers mouvements de la face. Les muscles frontaux se contractent bien, mais leur force de contraction s'épuise rapidement ; l'effort ne persiste pas au delà de 5-6 secondes.

Que cette ophtalmoplégie soit congénitale ou tardive, sa nature reste obscure dans son processus intime et pathogénique. Dans l'ophtalmoplégie purement congénitale, il y a agénésie ou aplasie ; dans l'ophtalmoplégie tardive (dite du bas âge), il y a vice de développement, d'évolution ; il y a involution, trouble trophique. Ces divers processus dépendent d'une influence héréditaire et familiale, ou dystrophique par infection, intoxication, ou une influence quelconque dont la nature nous échappe.

Il y a une analogie entre ces ophtalmoplégies congénitales ou tardives et les atrophies optiques qu'on voit évoluer chez les jeunes sujets sans aucun trouble apparent dans la santé générale.

La participation du facial aux phénomènes paralytiques n'implique pas une communauté d'origine de la VIIe avec la VIe ou la IIIe paire. Cette participation s'explique par une dépendance des noyaux des paires intéressées d'un système trophique et laisse au noyau du facial l'indépendance anatomique qui ressort des travaux de A. Van Gehuchten et qu'ont confirmée ceux de Marinesco.

Desvaux (d'Angers). **Conjonctivite diphtéritique avec broncho-pneumonie.**

C'est la relation d'un cas de guérison chez un enfant de huit mois par les injections de sérum. (Sera publié.)

Vacher (Orléans). — **Influence de la correction totale de la myopie sur sa progression.**

La plupart des oculistes ont l'habitude de ne corriger que partiellement la myopie, de prescrire des verres ramenant le punctum proximum à 33 centimètres environ. Ils considèrent l'accommodation comme favorable à la progression de la myopie. D'autres, depuis Foerster, Risley, Dor, etc., sont au contraire partisans de la correction totale. Au dernier congrès d'Heidelberg, à la suite de Pfalz et de Heine, nombre d'oculistes allemands s'en sont déclarés partisans.

La correction incomplète est incapable de faire perdre les attitudes vicieuses qui, d'après Foerster sont les causes principales de la progression de la myopie, résultat de deux facteurs principaux : accommodation et convergence. La correction totale rétablit le parallélisme entre ces deux fonctions. Selon Jackson, l'accommodation joue un rôle important dans la nutrition de l'œil. Les recherches très complètes de Rochon-Duvigneaud sur l'angle irien ont montré que les contractions du muscle ciliaire contribuent à diriger les liquides oculaires vers l'angle de filtration et régularisent leur écoulement.

La correction totale de la myopie rend à l'œil le fonctionnement de toute son accommodation. On doit la prescrire dès l'âge de 6 ou 7 ans, où le port des lunettes devient sans danger. La nutrition et le fonctionnement du muscle ciliaire motivent cette règle. Sans cela, d'après Tscherning, les fibres circulaires de ce muscle ne tardent pas à s'atrophier.

Si l'on n'est pas consulté avant que le nombre de dioptries de myopie ne dépasse le nombre d'années du sujet, il faut arriver à la correction totale *progressivement*, pour éviter de brusques tiraillements sur la choroïde.

En présence de lésions choroïdiennes actives, il faut une cure d'atropine prudente, le repos absolu de l'organe ; plus tard des verres supportés sans fatigue, car ces yeux sont exposés aux décollements rétiniens.

Dans certains cas, il faut supprimer la convergence en supprimant la vision binoculaire de près par un écran alternativement placé devant chaque œil. De 6 à 12 ans, la progression de la myopie atteint son maximum, ensuite elle progresse moins vite. C'est donc à partir de 6 ans qu'il faut surveiller les yeux myopes. Eviter par dessus tout que les myopes rapprochent les objets plus près que 30 centimètres et corriger leur myopie totalement.

VALUDE (Paris). — **Sur l'extirpation du sac lacrymal.**

Je crois que la méthode chirurgicale qui consiste à extirper le sac lacrymal comporte des indications plus étendues qu'on ne l'admet généralement.

Cette opération me paraît justifiée toutes les fois qu'il existe de la dacryocystite chronique avec dilatation du sac. En pareil cas, les méthodes conservatrices ne sont efficaces qu'à la condition de poursuivre le traitement avec régularité et tenacité souvent pendant un temps très long. Une telle assiduité est ordinairement impossible aux ouvriers qui fréquentent les cliniques hospitalières et, pour ne prendre que cet exemple, chez eux le traitement opératoire prompt et radical est évidemment un procédé de choix.

L'opération de l'extirpation du sac lacrymal offre certains écueils et quelques difficultés qui ont pu écarter d'elle les opérateurs ; toutefois ces écueils sont facilement évitables et c'est sur ce point que j'ai voulu seulement ici attirer l'attention.

On aura soin, pour rendre facile la dissection du sac de pratiquer une longue incision cutanée, commençant en haut, *au-dessus du ligament palpébral interne* et se terminant en bas, après une courbe suivant le rebord orbitaire, à 8 ou 10 millimètres en dehors.

L'incision sera conduite profondément jusqu'à l'os en se tenant en dehors du sac, et, pour la pratiquer on se servira d'un fort bistouri à résection. A ce moment, survient d'ordinaire une assez vive hémorrhagie ; elle sera arrêtée par la compression ou par la torsion des artères.

Le dégagement du sac se fera en commençant en dedans et en séparant celui-ci de la fossette lacrymale de l'unguis au moyen d'une petite rugine courbe. Une fois le dégagement du sac opéré en dedans, on commencera à le disséquer en dehors et en haut au moyen des ciseaux ou de la sonde cannelée. L'écartement de la plaie sera effectué au moyen d'écarteurs à griffes assez larges.

La dissection et la reconnaissance de la position du sac seront grandement facilitées par l'injection dans son intérieur d'une matière solidifiable ; le blanc de baleine stérilisé nous a semblé réunir les meilleures conditions.

L'extirpation terminée, on placera un petit crayon d'iodoforme dans le canal nasal, ouvert dans le fond de la plaie, pour assurer l'antisepsie ultérieure de celle-ci. Enfin après suture de la peau le pansement sec sera appliqué avec une forte compression au niveau du sac ; cette compression sera maintenue pendant 6 à 7 jours.

Avec ces quelques précautions, l'extirpation du sac lacrymal constitue une opération très sûre et très simple, qui donne les meilleurs résultats.

M. ROLLET pratique aussi l'extirpation du sac lacrymal dans les cas de tumeur lacrymale où il est dilaté. Il fait l'incision aussi longue que le comporte le volume de la tumeur. Il ne réunit pas les bords de la plaie par des sutures.

BELLENCONTRE (Paris). — **L'huile hyperiodée en thérapeutique oculaire.** (*Iodipin, lipiodol*). (Sera publié *in extenso.*)

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 3 juin

M CHAILLOUS. — **Larmoiement chez un enfant hérédo-syphilitique.** (Présentation de malade.)

C'est un jeune enfant dont les canaux lacrymaux sont obstrués. Il présente en outre un certain aplatissement de la racine du nez et une hydrocéphalie avec dilatation considérable des veines superficielles du cuir chevelu.

M. Chaillous explique la lésion lacrymale par l'aplatissement des os du nez et attribue plus volontiers la dilatation veineuse à un rétrécissement des trous de la base du crâne qu'à une dystrophie des parois vasculaires suivant l'hypothèse de Fournier.

M. A. TERSON — Plusieurs auteurs ont déjà signalé la fréquence de la dacryocystite congénitale chez les hérédo-syphilitiques. Dans la seconde enfance, j'ai vu souvent des dacryocystites bilatérales, avec ozène, des phlegmons, des fistules, chez des hérédo-syphlitiques, conjointement avec des kératites interstitielles, la surdité et d'autres stigmates. J'ai dû oblitérer une fistule lacrymale chez une jeune fille où la syphilis héréditaire avait dans l'enfance détruit la cloison des fosses nasales, le cornet inférieur et obstrué définitivement la partie inférieure du canal lacrymo-nasal d'un côté.

M. Antonelli. — La dacryocystite aiguë est relativement fréquente chez les hérédo-syphilitiques, et j'en possède plusieurs observations, même chez des jeunes sujets où ni l'effondrement de la racine du nez, ni la rhynite chronique ozéneuse, pouvaient être invoquées comme causes favorisant l'affection lacrymale. A cet égard, je voudrais signaler un stigmate facial inédit, mais que j'ai rencontré non rarement, surtout chez les hérédo-syphylitiques à système veineux sous-cutané de de la tête très apparent ; il s'agit d'une atrophie du périoste et des téguments recouvrant la région nasale proprement dite, de sorte que, au toucher de la région lacrymale et de la surface latérale du nez contiguë, la pulpe du doigt perçoit la crête de l'os unguis, la surface et le bord antéro inférieur l'os nasal comme autant de saillies et de surfaces osseuses absolument à fleur de peau.

M. Galezowski. — On observe parfois chez les nouveau-nés des suppurations qui peuvent faire croire à une conjonctivite purulente. Or ce n'est souvent qu'une dacryocystite qui est d'origine syphilitique ou tuberculeuse et que l'on guérit par le traitement général.

M. Jocqs.— La syphilis est déjà très riche, c'est pour cela qu'on lui prête beaucoup.

S'il y a des dacryocystites des nouveau-nés d'origine syphilitique, il faut cependant faire une exception pour cette variété assez fréquente et bien connue dont M. Rochon-Duvigneaud a décrit la pathogénie, et qui n'est due qu'à un retard dans la canalisation des voies lacrymales inférieures. Ces dacryocystites n'ont certainement rien à voir avec une diathèse quelconque et elles guérissent spontanément ou du moins par des traitements chirurgicaux très simples.

M. Antonelli, rapporteur du travail du Dr Golescéano sur la *sérothérapie dans les amblyopies toxiques*, fait remarquer d'abord la difficulté d'obtenir des malades de ce genre une discipline médicale et hygiénique tant soit peu suivie. Il y a donc très peu d'observations rigoureusement étudiées jusqu'à la fin.

Dans 14 cas, M. Golescéano a pu pratiquer pendant un temps plus ou moins long des injections de sérum de Chéron, 4 fois par semaine 20 cm. cubes. Déjà de Wecker aurait eu de brillants résultats par les injections massives (60 à 100 gr. par jour) de la même solution : Chlor. de Na, 2 gr. ; phosphate de soude, 4 gr. sulfate de soude, 8 gr. ; ac. phénique neigeux 1 gr. ; eau dist., 100 gr.

M. Antonelli insiste sur ce point que les amblyopes en question ne sont pas seulement des intoxiqués par l'alcool et le tabac (le premier jouant certainement le plus grand rôle), mais aussi des *intoxiqués du ventre* et des *ralentis de la nutrition*. La sérothérapie pourrait donc agir comme l'hydrothérapie, la strychnine et les iodures, tous des adjuvants précieux du traitement hygiénique et diététique, ce dernier restant toujours le moyen essentiel de guérison.

A signaler, enfin, les symptômes tabétiformes de l'alcoolisme chronique, qui nous font constater assez souvent, chez les amblyopes, l'abolition ou l'affaiblissement des réflexes rotuliens ou pupillaires, le signe d'Argyll Robertson et parfois même le signe de Romberg. Au point de vue de l'urologie, le plus souvent une diminution des phosphates de l'urée et des chlorures sont pour démontrer les troubles de la nutrition.

M. A. Terson. — Il est important d'examiner la réfraction chez les sujets atteints d'amblyopie toxique. M. Parisotti a déjà signalé que presque tous ces malades étaient hypermétropes. Quant à moi, dans ces quinze dernières années, je n'ai jamais vu un seul myope atteint d'amblyopie alcoolique ou tabagique.

Il s'agissait toujours d'hypermétropes, de presbytes et d'emmétropes.

M. Kalt. — Parmi les cas de névrite toxique que j'ai eu à traiter, je citerai celui d'un homme atteint de névrite alcoolo-nicotinique dont la vision était réduite à 1/10 et qui était myope de 10 dioptries. Le traitement pendant un mois par les injections de sérum de Chéron à la dose de 1 à 2 centimètres cubes par jour, n'amena aucun résultat. Mais ces injections, faites ensuite pendant 15 jours à la dose de 15 à 20 centimètres cubes par jour, ramenèrent la vision de 1/10 à 1/2.

M. Morax. — Le mot *sérothérapie* est impropre quand il s'agit du traitement par les injections de sérum artificiel. Il faudrait réserver ce mot à l'emploi du sérum animal. J'ai observé beaucoup d'amblyopies toxiques alcooliques à la clinique de M Parinaud chez les employés du chemin de fer de l'Ouest. Ils guérissent généralement sans traitement bien actif quand ils veulent se soumettre à un régime hygiénique.

M. Dupuy-Dutemps fait les mêmes remarques que M. Morax à l'égard de l'emploi du mot *sérothérapie*. Il croit aussi que la cessation des abus alcooliques peut suffire à amener la guérison.

M. Chevallereau a remarqué que depuis quelques années les amblyopies ne guérissent pas aussi complètement qu'autrefois.

A la Compagnie du P. L. M., on trouve moins d'amblyopies toxiques alcooliques qu'à la Compagnie de l'Ouest, où les employés viennent pour la plupart de la Normandie et de la Bretagne entachés d'alcoolisme.

M. Valude. — **Lymphome de la conjonctive.**

Un homme de 67 ans se présente avec une tumeur solide, lisse, symétrique, siégeant sous chaque paupière supérieure, au niveau du fornix ; les muqueuses tarsiennes et bulbaires étaient indemnes. En même temps, existaient une hypertrophie de l'amygdale gauche et un engorgement marqué de tous les ganglions de la tête et du cou.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un lymphome pur, constitué par une masse compacte de cellules lymphoïdes avec quelques fibrilles conjonctives interposées. La recherche des microbes est restée négative. L'examen du sang a révélé une notable augmentation dans la proportion des globules blancs.

M. Dreyer-Dufer prie son collègue de lui dire si, en présence de l'enchifrènement nasal qui a suivi l'éclosion des tumeurs lymphomateuses amygdaliennes il n'y aurait pas eu propagation, par l'intermédiaire du tissu lymphoïde péridacryocystique, de l'affection au tissu du même genre des culs-de-sac conjonctivaux.

Il y a bien dû y avoir eu, à un moment donné, une semence qui s'est multipliée et disséminée, à point de départ amygdalien.

M. Sulzer. — **Myopie à développement rapide d'origine probablement syphilitique.**

La femme courbée et d'aspect âgé que vous venez de voir n'est âgée que de 23 ans. Elle entra le 3 mars 1902 à l'hôpital Broca, salle Natalis, n° 36, se plaignant de violentes douleurs de tête, de douleurs thoraciques et de faiblesse générale.

Elle acquit la syphilis en avril 1901 et les manifestations de cette maladie furent, dès le début, intenses : adénopathie énorme, affections amygdaliennes graves, douleurs ostéocopes pariétales et surtout frontales dès le second mois de l'infection. Un séjour à l'hôpital de la Charité en juin 1901 améliora les symptômes (amygdalite et tumeur de la région sous-maxillaire) mais ne fit pas disparaître les douleurs de tête.

Deux points sont à noter dans les antécédents de la malade, recueillis par M. Fillhoulaud, externe des hôpitaux. Les règles, apparues à l'âge de 16 ans, ont amené un trouble de la santé qui a duré 5 à 6 mois et au cours duquel la vue de la malade a été très faible. La santé revenue, la vision de l'œil gauche est redevenue bonne, tandis que l'œil droit, faible de naissance, resta ce qu'il était auparavant. La malade a toujours reconnu les noms des rues d'aussi loin que les autres personnes et travaillait et lisait à la distance ordinaire. Elle sait que pour le travail elle ne se sert que de l'œil gauche. Peu de temps avant d'entrer à l'hôpital Broca, elle voyait encore à grande distance aussi bien que de près, mais sa vue avait un peu faibli, les objets étaient entourés d'un léger brouillard.

A son entrée à l'hôpital, on constata des syphilides pigmentaires très accentuées au cou et l'aisselle gauche et des syphilides vulvaires. Elle a été successivement soumise aux frictions, aux injections de cacodylate iodo-hydrargyrique et aux injections de calomel.

Le 11 mars, elle vient à la consultation d'ophtalmologie se plaignant d'un abaissement récent et considérable de la vue. L'œil droit présente des troubles cristalliniens circonscrits disséminés, fort probablement congénitaux, il a été toujours plus faible que le gauche. Les membranes profondes des deux yeux sont normales, à l'exception de staphylomes postérieurs d'apparence particulière. L'acuité visuelle est inférieure à 0,1 (5/50) sans verres ; avec le verre concave — 10,0 dioptries elle remonte presque à la normale à l'œil gauche, et à 0,4 (5/20) à droite.

Des deux côtés, il y a des croissants dont la largeur dépasse légèrement le quart du diamètre papillaire ; ce qui frappe surtout, c'est la coloration sombre ardoisée de ces deux croissants. Depuis que nous observons la malade, la largeur du croissant a augmenté. Dans

quelques endroits, le pigment qui leur donne cet aspect ardoisé et opaque a disparu, laissant voir, sur une étendue grosse comme une petite tête d'épingle, des vaisseaux choroïdiens.

L'emploi énergique et continu de l'atropine a fort peu diminué la myopie ; avec les pupilles dilatées l'acuité est quelque peu moins bonne des deux yeux et la malade voit également bien avec les verres 9,0 et 10,0.

Si l'assertion de la malade d'avoir bien vu à distance et peu de temps avant son entrée à l'hôpital, est exacte, et rien n'est venu la rendre suspecte, cette myopie de — 9 à — 10 dioptries se serait développée en peu de semaines. Or, il s'agit d'une vraie élongation du globe.

On connaît fort bien la myopie traumatique par spasme hystérique de l'accommodation et la myopie produite par une rupture partielle ou complète du ligament suspenseur du cristallin. On sait également que l'élongation du globe peut survenir à la suite d'un traumatisme du globe ou du crâne.

Kugel (*Graefe's Archiv*, t. page...) rapporte l'observation de deux soldats turcs, atteints tous les deux, pendant l'insurrection de Samos d'une plaie crânienne ayant occasionné une méningo-encéphalite suppurée et vomique. Les deux soldats présentèrent une élongation en avant de leur œil droit, avec destruction avancée de la fonction rétinienne par une rétino-choroïdite métastatique.

C'est de ce genre de cas qu'il faudra rapprocher l'observation de notre malade. Ce qui frappe dans l'évolution de sa maladie, c'est l'encéphalopathie violente et persistante qui n'a pas cessé d'occasionner des douleurs ininterrompues depuis dix mois consécutifs. Les symptômes d'affection en foyer manquent, mais la perte de mémoire, les phobies, l'asthénie générale, sont bien caractérisées. Ces symptômes sont presque identiques à ceux que Kugel observa chez ses deux malades.

Récemment, Antonelli et Cruchaudeau ont exposé les relations qui existent entre la vérole et la myopie monoculaire.

M. Antonelli. — La communication de M. Sulzer représente encore une contribution aux recherches cliniques qui sont venues confirmer, ces temps derniers, les faits énoncés dans mes publications sur les stigmates ophtalmoscopiques dus à la syphilis. J'ai soutenu que la myopie monoculaire, ou bien la myopie beaucoup plus élevée d'un œil que de l'autre, se rencontre souvent chez les hérédo-syphilitiques, lorsque les altérations du fond de l'œil, rudimentaires ou classiques, sont plus prononcées dans l'un des deux yeux. Des faits analogues ont été démontrés par le Dr Cruchaudeau, dans sa thèse de l'année dernière, sur la syphilis conceptionnelle dépistée grâce à l'examen oculaire. La myopie acquise, à l'âge adulte, sous l'influence de la syphilis, doit être un fait plus rare que la myopie monoculaire ou l'anisométropie myopique considérable des jeunes sujets hérédo-syphilitiques ; car l'on conçoit aisément que l'allongement de l'œil, sous l'influence des affections des membranes, diminuant la résistance de la coque oculaire, soit d'autant plus facile que le sujet est plus jeune. En exagérant le rôle des efforts d'accommodation et de convergence, on a beaucoup trop oublié, ces temps derniers, que toute myopie, tant soit peu élevée, est l'expression d'un état pathologique des membranes profondes. Les apparences du pseudo-staphylome et les altérations pigmentaires du fond de l'œil, notamment de la région péripapillaire, suffisent à démontrer la nature de l'affection dans les cas de myopie syphilitique.

M. Chevallereau. — Il est regrettable que l'examen de la réfraction de cette femme n'ait pu être fait avant sa syphilis, car il reste ainsi un doute au sujet de la myopie préexistante. Bien des myopes non habitués à se servir de verres prétendent avoir une bonne vision ; et si l'on s'en rapportait à leur dire on ne les considérerait pas comme myopes.

M. Kalt. — La question se pose ainsi : la myopie peut-elle évoluer rapidement chez un adulte qui était auparavant emmétrope ou hypermétrope ? Or je connais un cas d'évolution de myopie chez un homme de 50 ans qui prétendait avoir eu bonne vision auparavant. J'ai trouvé chez lui de la scléro-choroïdite postérieure.

D'ailleurs, on connaît de ces cas de névralgies rebelles, oculaires et péri-oculaires, qui paraissent avoir une influence sur certains troubles oculaires.

M. A. Terson. — On voit quelquefois des myopies élevées, sans aucune lésion du cristallin, accompagner des chorio-rétinites, à marche rapide, chez certains sujets, en particulier des femmes à la ménopause, ou des

myopies minimes subir à ce moment là des élévations considérables.

M. Jocqs. — Ces cas de myopie d'origine soi-disant dystrophique sont sans doute très intéressants, mais encore faudrait-il, pour les accepter sans contestation, que la réfraction de l'œil eût été vérifiée auparavant.

D'ailleurs, chez les personnes âgées, en présence d'une myopie en évolution, il faut toujours avoir présente à l'esprit et rechercher cette modification dans la texture du cristallin que M. Démichéri a décrite sous le nom de *faux lenticone* qui peut donner lieu à une forte myopie sans que le cristallin présente aucune opacité. Il serait inutile dans ces cas de rechercher une autre cause de myopie.

Quant aux névralgies dont parle M. Kalt et qui pourraient, selon lui, être l'origine de lésions oculaires, j'aimerais mieux lui entendre dire que ce sont au contraire des lésions oculaires, quelquefois latentes et en évolution, qui sont la cause de ces névralgies. C'est, il me semble, le cas le plus ordinaire. Pour mon compte, je considère que les deux tiers des céphalalgies, dites migraines, sont d'origine oculaire. Le plus souvent, elles tiennent à un vice de réfraction non corrigé et en particulier au développement progressif de la myopie.

M. Dreyer-Dufer s'étonne que l'on n'ait pas envisagé la question de la myopie d'origine choroïditique utérine. La caractéristique du cas de choroïdite que nous décrit M. Sulzer paraît être l'énorme pigmentation choroïrétinienne centrale ; or cette pigmentation exagérée doit être rapprochée à mon avis de la pigmentation réflexe diffuse du début de la grossesse (seins, abdomen, face). La malade en question a certainement fait une fausse-couche avant le début de cette affection ; je rappellerai seulement que déjà au moment de la puberté cette jeune personne a passé une période de troubles visuels graves.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE HAMBOURG

Séance du 3 février 1901

I. Tromner. — **Hémorragie traumatique avec papille de stase.** (*Deutsche medicin. Wochens.*, 14 nov. 1901.)

Un homme de 55 ans reçut une forte contusion du crâne. Après une perte de connaissance peu longue, il éprouva de violentes douleurs de tête du côté droit, vertiges, délire et hypéresthésie. Trois nuits après, crise d'épilepsie avec paralysie faciale du côté droit et aphasie ; douze jours après le traumatisme : papille de stase sur les deux yeux, scotome dans le quadrant interne pour l'œil droit ; parésie du petit oblique, parésie motrice du côté gauche, aphasie complète ; le malade éprouvait en outre de violents battements dans la tempe droite et une certaine obnubilation intellectuelle. A partir de ce moment, tous les symptômes s'améliorent. Dix semaines après, la guérison est presque complète, le malade est encore quelque peu excitable et son intelligence n'est pas encore très nette. Diagnostic : hémorragie épidurale, provoquée sans doute par une fracture de la base, mais dont la localisation ne put être faite avec certitude.

II. Leiser. — **Prothèse à la paraffine pour un nez en selle. Amaurose d'un œil.**

Le résultat esthétique fut d'ailleurs excellent, mais tandis que les premières injections avaient été pratiquées sans accident, peu de temps après la dernière, le patient tomba dans le collapsus. Injections d'éther, respiration artificielle. Vomissements pendant plusieurs heures.

En même temps, il se produit une amaurose complète de l'œil gauche, dont l'acuité visuelle était cependant mauvaise par suite d'un astigmatisme notable. Œdème de la paupière supérieure. Injection modérée, pupille ovale sans réaction, trouble de l'humeur aqueuse. La papille est normale, mais la rétine voisine est trouble et œdémateuse. L'amaurose est absolue. Plus tard, la papille est gonflée et rouge. Il n'y a pas d'hémorragie dans le fond de l'œil. Enfin, la papille se décolore progressivement, et on remarque à son bord inféro-interne une tache blanche allongée le long d'une veine de la rétine.

Leiser croit que l'injection de paraffine a produit une thrombose de la veine ophthalmique qui reçoit la veine dorsale du nez. Leiser fait remarquer le danger des injections de paraffine par suite d'une piqûre d'une veine, chose que l'on ne peut pas toujours éviter.

Discussion

Kümmel rappelle que l'on a signalé récem-

ment des cas de mort par embolie pulmonaire après les injections de paraffine.

F. A.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE BERLIN

Séance du 4 mars 1902.

Intoxication mercurielle grave après l'emploi d'injections de salicylate de mercure

M. Lesser rapporte un cas d'intoxication mercurielle chez une femme de 36 ans, à laquelle son médecin avait administré trois injections de salicylate de mercure à cinq jours d'intervalle chacune, et à raison de 0,05 la première fois et de 0,1 les jours suivants. La femme ayant eu de la diarrhée, les injections furent abandonnées et on lui prescrivit de l'opium. Au commencement de 1902, un érythème hydrargyrique typique apparut (trois semaines après la dernière injection). L'érythème disparut et la diarrhée céda à des lavements de son et de tannin 1/2 gr. 0/0 d'albuminurie dans les urines. Il y eut ensuite une période de fièvre qui disparut à son tour.

Le 27 février, la femme expulsa par le vagin une énorme escharre ; toute la muqueuse utérine et vaginale fut éliminée. Puis une communication s'établit entre le rectum et le vagin. L'état général de la malade s'aggrava notablement. L. discute sa thérapeutique. Il ne pouvait être question d'enlever le mercure par une intervention chirurgicale, car, au moment de l'entrée, à l'hôpital, de la malade, sa situation n'était pas grave, plus tard il n'y avait pas de mercure dans les urines et l'état général de la femme ne permettait pas d'intervenir.

Il explique par une idiosyncrasie spéciale de la malade les signes d'intoxication grave produite par la dose de 0,25 gr. de mercure ; il conseille d'être encore plus prudent dans l'avenir avec cette préparation peu soluble. On ne devrait employer les préparations insolubles qu'après avoir essayé les autres et dans les cas de syphilis très grave. Lesser conseille de préparer le salicylate de mercure avec de l'huile, et non plus avec de la paraffine, enfin on ne prescrira que de petites quantités (10 cc.) plus faciles à mélanger et à diviser.

Lesser prétend que les préparations insolubles sont rarement indiquées.

Rosenthal croit qu'il s'agit là d'une idiosyncrasie non pour telle préparation mercurielle, mais pour le mercure en général. Il demande si la malade de Lesser a subi dès le début le traitement de son albuminurie.

Lippmann considère les préparations insolubles comme très dangereuses ; il ne les emploie jamais, et se méfie aussi des solutions peu diluées de sublimé.

Joffa cite un cas de mort après la deuxième injection de salicylate de mercure.

Blascko ne veut pas qu'on abandonne les préparations insolubles. Des intoxications graves peuvent se montrer dans toutes les cures (exemple : le cas de Jacuscel, mort après une friction.). Il peut se produire brusquement une idiosyncrasie pendant le cours du traitement.

Fischel cite aussi des intoxications graves par l'emploi de préparations insolubles.

Saalfeld demande si, dans le cas de Lesser il n'y aurait pas eu infection, et si le dosage du mercure a été bien fait par le pharmacien.

Lesser ignore si la malade avait de l'albumine avant l'injection, ou s'il y a eu erreur dans le dosage. La courbe de la température permet de rejeter l'infection.

F. A.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE GIESSEN

Séance du 4 février 1902

Vossius rapporte l'histoire d'un homme âgé de 44 ans qui, 8 ans auparavant, avait reçu un éclat d'acier dans l'œil en rivant une chaudière. Le corps étranger s'était logé dans le corps vitré. Le blessé refusa toute intervention. Environ 18 mois après l'accident, on remarquait une coloration brunâtre de l'iris, et des taches brunes sur la cristalloïde antérieure ; le cristallin présentait en outre une opacification partielle, qui devint totale quatre mois après. Cinq ans après, la pupille était très étroite, et le cristallin en partie luxé ; six mois après, il tomba dans le vitré ; 8 ans après l'accident, le malade se présente à la clinique à cause d'une douleur spontanée très vive dans l'œil et dans la tête. L'œil est très rouge, et on voit le corps étranger, contre l'iris, à la partie inférieure de la chambre antérieure. L'éclat d'acier s'était logé spontanément en cet endroit, et il fut facile de l'extraire au moyen de

l'électro-aimant, après incision à la partie inférieure de la cornée. Cette émigration spontanée de l'éclat, du vitré dans la chambre antérieure, avait été sans aucun doute favorisée par la disparition du cristallin. Guérison rapide. Acuité visuelle : + 12 D = les doigts à un mètre.

Vossius montre la photographie d'un enfant rachitique de 8 ans qui présente une malformation remarquable du crâne avec atrophie partielle du nerf optique. (L'observation est publiée dans la *Deutsche Medicin Woch.* 1902. n° 10.)

F. A.

BIBLIOGRAPHIE

WICHERKIEWICZ, (de Cracovie). — **Quelques mots sur le traitement médical du glaucome** (*Klinische Monatsbl. f. Augenheilk* juillet 1901.)

L'action de l'ésérine est indéniable, mais cette substance produit souvent des effets nuisibles ; au point de vue subjectif, elle est cause de douleurs très pénibles ; au point de vue objectif, elle provoque des hémorragies du corps vitré, de la rétine et de la choroïde ; en outre, l'ésérine a une action inégale par suite de sa facile décomposition (il se forme, notamment en été, et très rapidement, un produit d'oxydation de couleur rouge : la rubrescine.) La pilocarpine, découverte plus tard, ne présente pas ces inconvénients, mais son action est beaucoup moins puissante, et souvent, dans le glaucome aigu, elle est inefficace. Il faut l'employer, surtout quand la pupille étant rétrécie par l'ésérine, on veut maintenir cette constriction.

Certains mydriatiques ont, comme les myotiques, la propriété de diminuer la tension intraoculaire, mais leur emploi est dangereux, parce que dans le traitement du glaucome, ils empêchent la contraction nécessaire de l'iris. Il convient de signaler ici surtout la cocaïne. Wicherkiewicz emploie cette dernière en association avec les myotiques, dans la formule suivante :

Sulfate d'ésérine.....	0, 01 cent.
Chlorhydrate de pilocarpne	0, 2 —
Chlorhydrate de cocaïne...	0, 1 —
Eau distillée.....	10 gram.

De cette façon, la pilocarpie et l'ésérine font équilibre à l'action mydriatique de la cocaïne, qui ne peut plus exercer que son action hypotonisante. Les bons résultats que Wicherkiewicz a obtenus avec cette combinaison l'ont porté à en faire un remède souverain contre le glaucome chronique simple ; de plus, cette formule employée judicieusement et à intervalles assez rapprochés peut couper très rapidement la crise du glaucome aigu. F. A.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée

Exposition internationale d'art décoratif moderne, à Turin

Billets d'aller et retour à prix réduits de 1re, 2e et 3e classes de toute gare P.-L.-M. à Turin, donnant droit à six entrées à l'Exposition.

VALIDITÉ : 30 JOURS.

Arrêts : *En Italie, deux arrêts au choix tant à l'aller qu'au retour.*

Ces billets sont délivrés :

1° Immédiatement dans les gares de Paris, Nevers, Dijon, Lyon-Perrache, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Valence, Marseille, Nîmes, Grenoble et Chambéry ;

2° Sur demande faite 48 heures à l'avance dans toutes les autres gares.

CÉLULES

CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES

se faisant en sept grandeurs

SUPPRESSION DES CACHETS

Notice et Échantillon sur demande.

Pharmacie BÉRAL

14, Rue de la Paix, 14

PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE

Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.

PANSEMENTS AU CELLULIN HYDROPHILE (PAPIER DE BOIS DE PIN)

CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE

Fournisseurs des Hôpitaux.

224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : 245-56